

「指定就労継続支援（B型） 重要事項説明書」

あなたに対する就労継続支援（B型）サービス提供開始にあたり、岐阜県条例に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

1. サービスを提供する事業者

| | |
|-----------|--------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 恵那市社会福祉協議会 |
| 所 在 地 | 岐阜県恵那市明智町 407-1 |
| 電 話 番 号 | 0573-55-3015 |
| 代 表 者 氏 名 | 恵那市社会福祉協議会 会長 宮地政臣 |
| 設 立 年 月 | 平成 11 年 4 月 1 日 |

2. 利用施設

| | |
|-------------------|---|
| 事業所の種類 | 指定就労継続支援（B型）事業所 平成 22 年 4 月 1 日指定 |
| 事業所の名称 （事業所番号） | 恵那市障害福祉サービス事業所 明智ひとつばたご (2111700213) |
| 事業所の所在地 | 岐阜県恵那市明智町 407-1 |
| 連 絡 先 | 電話番号：0573-55-3015 ファックス：0573-55-3015 |
| 管 理 者 | 足立 ひとみ |
| サービス管理責任者 | 松原 つな江 |
| サービスの実施地域 | 恵那市 |
| 主たる対象者 | 実施地域内の知的・身体・精神障がいをお持ちの方 |
| 定 員 | 20 名 |
| 開設年月日 | 平成 22 年 4 月 1 日 |

3. サービスの目的・運営方針

| | |
|------|---|
| 目 的 | 通所による就労や生産活動の機会を提供するとともに、一般就労に必要な知識、能力が高まった者は、一般就労等への移行に向けて支援します。 |
| 運営方針 | 関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つきめの細かな就労継続支援（B型）のサービスの提供をします。 |

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施 設

| | | |
|-----|-------|---------------|
| 作業棟 | 構 造 | 鉄鋼平屋建 （耐火建築物） |
| | 延べ床面積 | 165.07 ㎡ |
| 工房 | 構 造 | 鉄骨造スレート 2 階建 |
| | 延べ床面積 | 352.44 ㎡ |

(2) 主な設備

| | 部屋数 | 備 考 |
|---------|------|-----------|
| 作 業 室 | 3 室 | うち工房 2 室 |
| 相 談 室 | 1 室 | |
| 洗 面 設 備 | 2 箇所 | うち工房 1 箇所 |
| 便 所 | 4 箇所 | うち工房 1 箇所 |
| 多 目 的 室 | 1 室 | |
| 事 務 室 | 1 室 | |
| 更 衣 室 | 2 室 | |
| 作 業 土 間 | 1 箇所 | |

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し以上の施設・設備を設置しています。

5. サービス提供職員の設置状況

(1) 各職種の職務の内容

| 職 種 | 職 務 内 容 |
|-----------|--|
| 管理者 | 管理者は、職員の管理、指定就労継続支援B型の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定就労継続支援B型の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行います。 |
| サービス管理責任者 | (ア) 適切な方法により、利用者の有する能力、置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（以下「アセスメント」という。）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容を検討します。 (イ) アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、事業所が提供する指定就労継続支援B型以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めて、利用者の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定就労継続支援B型の目標及びその達成時期、指定就労継続支援B型を提供する上での留意事項等を記載した就労継続支援B型計画の原案を作成します。 (ウ) 就労継続支援B型計画の原案の内容を利用者に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、作成した就労継続支援B型計画を記載した書面を利用者に交付します。 (エ) 就労継続支援B型計画作成後、就労継続支援B型計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行うとともに、少なくとも6ヶ月に1回以上、就労継続支援B型計画の見直しを行い、必要に応じて就労継続支援B型計画を変更します。 |

| | |
|-------|---|
| | <p>(オ) 利用申込者の利用に際し、障がい福祉サービス事業者等に対する照会等により、利用申込者の心身の状況、事業所以外における指定障がい福祉サービス等の利用状況等を把握します。</p> <p>(カ) 利用者の心身の状況、置かれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な支援を行います。</p> <p>(キ) 他の従事者に対する技術指導及び助言を行います。</p> |
| 職業指導員 | 職業指導員は就労継続支援計画に基づきサービスの提供にあたる。また生産活動の提供及び職場実習の開拓を行い、就労後も職場定着を図る支援を行う。 |
| 生活支援員 | 生活支援員は日常生活上の支援を行うとともに、就労継続支援計画に基づきサービスの提供を行うものとする。 |

(2) 配置人数

| 職 種 | 員数 | 常 勤 | | 非常勤 | | 常勤換算 | 備 考 |
|-----------|----|-----|----|-----|----|------|-----|
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 管 理 者 | 1 | | 1 | | | 1.0 | |
| 職 業 指 導 員 | 1 | | 1 | | | | |
| サービス管理責任者 | 1 | 1 | | | | 1.0 | |
| 生活支援員 | 5 | 2 | | 3 | | 4.1 | |

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

※ 常勤換算とは・・・

職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤無時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

(ア) 各職種の勤務体系

| 職 種 | 勤務体系 |
|-----------|----------------------|
| 管 理 者 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：15） |
| サービス管理責任者 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：15） |
| 職 業 指 導 員 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：15） |
| 生活支援員 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：15） |

(イ) 営業日と営業時間

営 業 日：月曜日～金曜日

（国民の祝日及び12月29日～1月3日の間は休業その他市長が定めた日）

営業時間：9：15～16：00まで

6. サービス提供の内容

(1) 訓練等給付費対象サービス内容

| サービスの種類 | サービスの内容 |
|--------------|--|
| 相談及び援助 | 利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。 |
| 訓練 | 一般就労に必要な知識、能力の向上のための必要な訓練を行います。またその他の便宜を適切かつ効果的に行います。 |
| 生産活動 | 生産活動の機会を提供します。 ①リサイクルはがきの製造 ②竹炭製品の製造 ③綿靴下の加工・梱包 ④自動車部品等の請負作業 ⑤アルミ缶のリサイクル <工賃の支払> 上記生産活動における事業収入から必要経費を差し引いた額に相当する金額を工賃として、生産活動に従事している利用者に支払います。 |
| 実習及び求職活動等の支援 | 公共職業安定所、障害者就労、生活支援センター等の関係機関と連携を取りながら職場実習の実施や、求職活動の支援の実施、職場定着の為の支援を行います。 |
| 事業所外支援 | 常時サービスを利用している利用者が、心身の状況の変化により、5日以上連続して利用がなかった場合は居宅を訪問して利用状況を確認し、月2回を限度として同意の上で支援を行います。 |
| 健康管理 | 日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。また医療機関との連絡調整及び協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援を行います。 |

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容

| サービスの種類 | サービスの内容 | 金額 |
|------------------|---|----|
| 生産活動等 | 生産活動を行う上でかかる費用で、負担して頂くことが適当であるものに係る費用を頂きます。 | 実費 |
| 就労に向けての支援に必要な諸経費 | 就労や実習に向けての支援のうち負担して頂くことが適当であるものに係る費用を頂きます。 | 実費 |
| 日常生活上必要となる諸経費 | 利用者の日常生活品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費用をいただきます。 ①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費 | 実費 |
| 送迎サービス | 自主通勤ができない場合、希望により送迎を行います | 実費 |

| | | |
|-----|--|----|
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供記録等の複写代 ・ 証明書諸書類の発行代 ・ その他 | 実費 |
|-----|--|----|

<サービスの概要>

全てのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。本事業所のサービス管理責任者が利用者の意向や心身の状況などをふまえて作成し、利用者の同意をいただきます。

7. 利用料金

(1) 訓練等給付費対象サービス内容の料金

訓練等給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める額）のうち 9 割が訓練等給付費の給付対象となります。事業者が訓練等給付費等の給付を市町から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の 1 割の額を事業者にお支払いいただきます。（定率負担または利用者負担額といいます）

なお、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。恵那市障害福祉サービス利用促進事業助成金の申請手続きを行うことにより、利用者負担分の助成を受けることができます。但し、助成金の受領に関しては、委任状を提出していただき、通所事業所を受任者として定め、助成金の代理受領をさせていただきます。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

| | |
|-----------------------|---|
| 就労継続支援B型 サービス費（1） | 590 単位/日 従業員配置 ご利用者 7.5 名：職員 1 名以上 |
| 初期加算 | 利用開始日から起算して 30 日以内の期間について加算 30 単位/日 |
| 訪問支援特別加算 | 継続して利用する利用者が連続して 5 日間利用しなかった時に、 職員が自宅を訪問して相談支援を行った場合 所要時間：1 時間未満 187 単位/回（月に 2 回まで） 所要時間：1 時間以上 280 単位/回（月に 2 回まで） |
| 欠席時対応加算 | 利用者が急病等により利用を中止した際に、連絡調整や相談助言を行った場合 94 単位/回（月に 4 回まで） |
| 目標工賃達成 指導員加算 | 目標工賃達成指導員を常勤換算方法で 1 人以上配置し、手厚い人員体制（職業指導員及び生活支援員の総数が常勤換算方法で 6：1）をもって、目標工賃の達成に向けた取組を行う場合 20 人以下 89 単位/日 |
| 送迎加算 | 居宅等と事業所・施設との間の送迎を行った場合に加算 10 単位/回 |
| 福祉専門職員配置等加算 | 良質な人材の確保とサービスの質の向上を図る観点から、条件に応じて加算 6 単位/日 |
| 福祉・介護職員等処遇 改善加算Ⅲ | 単位数：障害福祉サービス等報酬総単位数×福祉・介護職員等処遇改善加算Ⅱの加算率 2.1% |
| 福祉・介護職員等特定 処遇改善加算Ⅱ | 単位数：障害福祉サービス等報酬総単位数×福祉・介護職員等特定処遇改善加算Ⅱの加算率 1.7% |

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容の料金

上記「6. サービス提供の内容(2) 訓練等給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) サービス利用の取り消し

利用者がサービス利用の取り消し(キャンセル)する場合は、作業計画の都合等がありますので、利用予定日の1日前までに当事業所までお申し出ください。

尚、送迎利用の方でサービス利用日の当日にも申出がなかった場合は、送迎の実費料金を頂く場合があります。

(4) 利用料金のお支払方法

前記(1)(2)(3)の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、期日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ・当事業所窓口での現金支払いもしくは工賃より差し引き

8. 利用者の記録及び情報の管理等

- (1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。
※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、午前9:00~午後5:00です。
- (2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意(「個人情報使用同意書」による)に基づき情報提供を致します。

9. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡等を行います。

| | |
|-------------------|---|
| 利用者のかかりつけ 医療機関 | 医療機関名: 診療科: 主治医: 所在地: 電話番号: |
| 緊急連絡先① | 住所: 電話番号: 氏名: 続柄: |
| 緊急連絡先② | 住所: 電話番号: 氏名: 続柄: |

10. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

| | | | |
|----------------------|--|-------------------|--|
| 当事業所 ご利用相談窓口 | <ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 足立 ひとみ ・ご利用時間 8:30 ~ 17:15 ・電話番号 0573-55-3015 ・F A X 0573-55-3015 <p>〈苦情解決責任者〉 恵那市社会福祉協議会 常務 小林 規男 電話番号 0573-26-5221</p> | | |
| 第三者委員 | 古山 昭次 | 電話番号 0573-25-4489 | |
| | 緩目 章 | 電話番号 0573-43-2786 | |
| | 恵那市社協第三者委員 | | |
| 恵那市役所 社会福祉課障がい福祉係 | <ul style="list-style-type: none"> ・所在地：岐阜県恵那市長島町 1-1-1 ・電話番号：0573-26-2111 | | |
| 岐阜県 運営適正化委員会 | <ul style="list-style-type: none"> ・所在地：岐阜県岐阜市下奈良 2-2-1 県福祉会館内 ・電話番号：058-278-5136 ・F A X：058-278-5137 | | |

(2) 虐待防止に関する相談窓口

| | | | |
|------------------|--|--|--|
| 虐待防止に関する 相談窓口 | <ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 恵那市役所 福祉総合相談窓口 ・ご利用時間 8:30~ 17:15 ・電話番号 0573-26-2212 ・F A X 0573-25-7294 | | |
|------------------|--|--|--|

11. 協力医療機関

| | | | |
|---------|--------------|---------|----|
| 医療機関の名称 | おおさわ医院 | | |
| 医 院 長 名 | 大澤 耕太郎 | | |
| 所 在 地 | 恵那市明智町 | | |
| 電 話 番 号 | 0573-54-4976 | | |
| 診 療 科 | 内科 | 入 院 設 備 | なし |

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

12. 非常災害時の対策

| | | | |
|--------|--|--|--|
| 非常時の対応 | 別途に定める、消防計画書により対応いたします。 | | |
| 平時の訓練 | ・別途に定める、消防計画書に則り、年1回、避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。 | | |
| 防災設備 | <ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常用電源 有 ・室内防火栓 有 ・誘導灯 有 ・非常通報装置 有 ・スプリンクラー 無 <p>・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食料・飲料水3日分） （その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等</p> | | |

| | |
|------|--|
| 消防計画 | 消防署への届出日： 令和3年4月 防火管理者： 足立 ひとみ |
| 保険加入 | 事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名：全国社会福祉協議会 加入保険内容：社協の保険 |

台風・風雪水害・地震災害等、天災によりサービスの実施が困難と判断した場合、サービスの提供を中止または営業時間を変更して実施する等、安全を優先して対応するものとします。

13. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

| | |
|--------------------|---|
| 設備・器具の利用 | 事業所内の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| 喫煙 | 全館禁煙です。 |
| 貴重品の管理 | 貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を施設に持ち込まないようお願いいたします。 |
| 宗教活動・政治活動、 営利活動 | 利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。 |

指定障害者福祉サービス就労継続支援(B型)明智ひとつばたごの提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所名：社会福祉法人 恵那市社会福祉協議会

恵那市障害福祉サービス事業所 明智ひとつばたご

説明者職名：

㊞

-私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス就労継続支援（B型）明智ひとつばたごの提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所：

氏 名：

㊞

代理人住所：

氏 名：

㊞

続 柄：

令和3年4月作成